

Model toegang en toewijzing

Veldhoven

Inhoudsopgave

• Inleiding	p. 3
• Hoofdstuk 1 Definities toegang en toewijzing	p. 4
○ 1.1 Wat verstaan we onder toegang?	P. 4
○ 1.2 Wat verstaan we onder toewijzing	p. 4
○ 1.3 Integraal maatwerk	p. 4
• Hoofdstuk 2 Model toegang en toewijzing	p. 6
• Hoofdstuk 3 Uitgangspunten in Veldhoven	p. 7
○ 3.1 Basisstructuur en preventie	p. 7
○ 3.2 Gebruik maken van de voorzieningen die er zijn	p. 7
○ 3.3 Eigen kracht en het sociale netwerk	p. 8
○ 3.4 Handelingsvrijheid generalist en specialist	p. 8
○ 3.5 Makkelijk en snel	p. 8
○ 3.6 Kosten en zware zorg beperken	p. 9
○ 3.7 Eén huishouden, één regisseur, één plan	p. 9
○ 3.8 Samenwerken in de subregio	p. 9
• Hoofdstuk 4 Toelichting model toegang en toewijzing	p. 10
○ 4.1 De basisstructuur	p. 11
○ 4.2 Het generalistenteam	p. 11
▪ 4.2.1 Taken en verantwoordelijkheden	p. 12
▪ 4.2.2 Profiel van de generalist	p. 14
▪ 4.2.3 Mandaat generalist	p. 15
▪ 4.2.4 Coördinatie van het generalistenteam	p. 17
○ 4.3 Het specialistenteam	p. 18
▪ 4.3.1 Taken en verantwoordelijkheden	p. 18
▪ 4.3.2 Profiel van de specialist	p. 20
▪ 4.3.3 Mandaat specialist	p. 20
▪ 4.3.4 Coördinatie van het specialistenteam	p. 21
○ 4.4 Samenwerking generalisten- en specialistenteam	p. 22
○ 4.5 De expertpool	p. 22
• Hoofdstuk 5 Vervolgproces	p. 24

Inleiding

Veldhoven bereidt zich voor op de drie transities in het sociaal domein¹. De invoering van de Participatiewet, de transitie van de Jeugdzorg en de overheveling van de AWBZ-begeleiding en een klein gedeelte van de persoonlijke verzorging naar de Wmo. Ook speelt de wet op Passend Onderwijs een belangrijke rol. Dit document beschrijft de toegang en toewijzing voor het gehele sociaal domein in Veldhoven, voor alle inwoners, van alle leeftijden. De komende tijd breiden we dit document uit en werken we aan de uitwerkingsvraagstukken.

Naast de bestuurlijke en financiële decentralisaties (transities), die gepaard gaat met een forse bezuiniging, streven we naar een omslag (transformatie) in het werken binnen de zorg en ondersteuning aan inwoners. Uitgangspunten van de transities zijn bijvoorbeeld het maximaal benutten van de eigen kracht en het sociale netwerk van inwoners, de zorg dichtbij organiseren en minder kosten maken. Met het nieuwe stelsel willen we eerder ondersteuning en zorg op maat bieden, vanuit een laagdrempelig netwerk van organisaties. Zo proberen we de instroom in de gespecialiseerde zorg te beperken.

De bovenstaande stelselwijzingen vinden tegelijkertijd plaats, met een hoge tijdsdruk. In Veldhoven werken we aan een duidelijke toegang tot vormen van zorg, voor iedereen die een vraag heeft en dat niet binnen eigen kring kan oplossen. Op dit moment bestaan er veel loketten en informatiepunten naast elkaar, zoals het Wmo loket, het CJG loket en de huisarts. Meer samenwerking en afstemming zijn noodzakelijk gezien de drie transities. De leefwereld van mensen beperkt zich niet alleen tot de school, het werk of de buurt. Deze domeinen overlappen en vullen elkaar aan. Hier sluiten we bij aan door een toegangsmodel in te richten voor iedereen in Veldhoven. Dit is de opdracht van het project toegang en toewijzing, onderdeel van het programma Maatschappelijke Participatie. Dit project bestaat uit diverse onderdelen en fasen².

Dit document is de eerste stap in het vastleggen van de toegang en toewijzing in Veldhoven en is daarmee een groeimodel. In 2014 breiden we dit document verder uit. We geven aan waar nog verdere uitwerking voor nodig is. In hoofdstuk 2 lichten we nader toe op welke onderdelen dit document vooral ingaat.

¹ Het sociaal domein heeft primair betrekking op zorg, welzijn, arbeid, onderwijs, gezondheidszorg en vrije tijdsbesteding.

² Zie projectplan toegang en toewijzing.

Hoofdstuk 1 Definities toegang en toewijzing

1.1 Wat verstaan we onder toegang?

Onder toegang verstaan we het eerste contact met de zorgvrager en een professional. Daar start de cliëntroute. De route eindigt met het behalen van het gewenste resultaat, zoals ondersteuning bij de opvoeding, een aanpassing in de woning of begeleiding bij het vinden van werk. Dit resultaat betekent niet altijd professionele hulp of de inzet van middelen, zoals speltherapie of een scootmobiel. Een gewenst resultaat kan ook betekenen dat een oudere dame met heupproblemen met een vriendin meerijdt naar de dagbesteding. Of dat een alleenstaande moeder hulp krijgt van de buurvrouw bij het wegbrengen van de kinderen naar school. Verschillende (vrijwilligers)organisaties kunnen betrokken zijn bij het behalen van het gewenste resultaat.

1.2 Wat verstaan we onder toewijzing?

Met toewijzing bedoelen we de toewijzing van alle vormen van zorg waar de gemeente vanaf 1 januari 2015 een wettelijke taak in heeft (Jeugdwet, Wmo en Participatiewet). Bij toewijzen gaat het om het bepalen en verstrekken van maatwerkvoorzieningen.

1.3 Integraal maatwerk

Naast de wettelijke taken die de gemeente heeft, werken we samen met andere (vrijwilligers)organisaties en wetgeving waar we geen wettelijke taak in hebben, maar die wel binnen het sociaal domein vallen. Denk bijvoorbeeld aan Passend Onderwijs en huisvesting. Bij de aanpak van jongere met gedragsproblemen kan bijvoorbeeld blijken dat het nodig is om op school extra dyslexie ondersteuning te organiseren. Daarom zorgen we voor goede samenwerking en afstemming met alle (vrijwilligers)organisaties in het sociaal domein in Veldhoven. Zo zorgen we voor integraal maatwerk.

Hoofdstuk 2 Model toegang en toewijzing

In Veldhoven onderscheiden we vier categorieën van zorg, voorzieningen en diensten in drie lagen (zie tabel 1). Deze drie lagen vormen de toegang en toewijzing in Veldhoven (zie figuur 1). In dit document gaan we in op de bovenste twee lagen: het specialisten- en generalistenteam en de expertpool. We starten in Veldhoven met een generalistenteam en een subregionaal specialistenteam. Wanneer blijkt dat er meerdere generalistentteams nodig zijn dan breiden we dit in Veldhoven uit.

Veel vragen, informatie en ondersteuning van inwoners vindt nu al plaats in de basisstructuur van Veldhoven. We signaleren en lossen zo veel mogelijk op in de basisstructuur. We willen de basisstructuur de komende jaren verder versterken door bijvoorbeeld de preventieve functie ervan uit te breiden. Dit doen we onder andere door de sociale kaart van Veldhoven goed in beeld te brengen om zo de samenwerking te vergroten. Deze en andere uitwerkingen van de basisstructuur volgen nog. De afdeling Maatschappelijke en Stedelijke Ontwikkeling werkt de inhoud en ontwikkeling van de basisstructuur verder uit in het kader van het integreren van wijkbeheer.

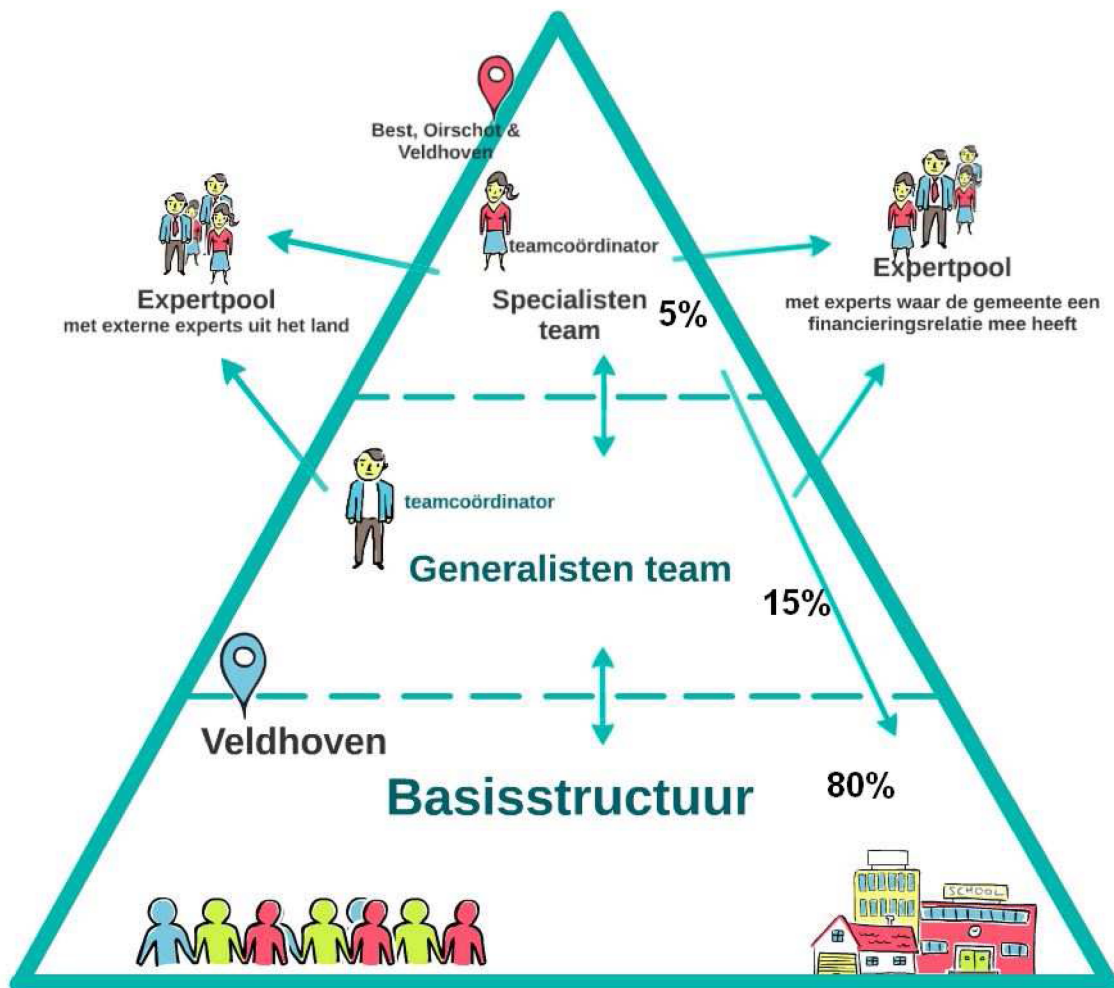
Bovenstaande is een nieuwe werkwijze die past bij de uitgangspunten van de transitie en de uitgangspunten van Veldhoven zelf (zie hoofdstuk 3). De basisstructuur en de toegang tot het generalistenteam beschrijven we in een volgend document.

Tabel 1 Categorieën in zorg, voorzieningen en diensten verdeeld in drie lagen

Categorie	Laag
Eigen kracht van inwoners en het sociaal netwerk	Basisstructuur
Vrij toegankelijke algemene en collectieve diensten	Basisstructuur
Lichte individuele voorzieningen <ul style="list-style-type: none"> Hier bedoelen we eenvoudige, kortdurende en relatief goedkope hulp zoals een opvoedcursus. 	Basisstructuur & Generalistisch
Zware individuele voorzieningen <ul style="list-style-type: none"> Hier bedoelen we alle complexe, langdurige en dure hulp en zorg, zoals intramurale behandelingen/trajecten, dagopvang en 24-uurszorg. 	Specialistisch

Uitwerkingsvraagstuk

We werken op een later moment uit wat we precies met lichte en zware individuele voorzieningen bedoelen. Uitgangspunt is de professionaliteit van de generalist en specialist. We geven een kader aan, maar laten zo veel mogelijk ruimte aan de professionals. Het kan dus voorkomen dat een specialistenteam toch een op het oog eenvoudige vraag behandelt voor toewijzing. Of dat het generalistenteam beslist over de inzet van 24-uurs zorg. Het belangrijke uitgangspunt hier is om de vragen en toewijzing zoveel mogelijk in het generalistenteam te houden en het specialistenteam in te schakelen als er meer specifieke expertise of handelingsvaardigheid nodig is.



Figuur 1: model toegang en toewijzing Veldhoven. In dit document gaan we in op het generalisten- en specialistenteam en de expertpool.

Hoofdstuk 3 Uitgangspunten in Veldhoven

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste uitgangspunten voor de toegang en toewijzing in Veldhoven.

3.1 Basisstructuur en preventie

We hebben altijd veel energie gestoken in **preventie** van problemen. Dit zetten we de komende jaren voort, samen met de basisstructuur in Veldhoven. Veldhoven kent een rijke traditie van vrijwilligerswerk, mantelzorg en verenigingsleven. Samen met de basisvoorzieningen vormen zij een stevige basisstructuur voor alle inwoners van Veldhoven. Het **versterken van de basisstructuur** vormt een onderdeel van het project Veldhoven Vernieuwend Vitaal en het wijkgericht/gebiedsgericht werken (onderdeel van de afdeling Maatschappelijke en Stedelijke Ontwikkeling van de gemeente).

Wat we kunnen oplossen in de basisstructuur beperkt het beroep op de uitgebreidere of duurdere zorg. Het generalistenteam probeert **zo veel mogelijk gebruik te maken van de basisstructuur** en zorg en ondersteuning op een hoger niveau te beperken. Ook waar wel inzet van zorg nodig is probeert het generalisten- en specialistenteam zo snel mogelijk af te schalen naar de basisstructuur.

3.2 Gebruik maken van de voorzieningen die er zijn

Wij vinden het belangrijk dat we in Veldhoven **gebruik maken van de vele netwerken, activiteiten en voorzieningen die er al zijn**. Inwoners uit Veldhoven kunnen sinds jaar en dag terecht bij het Wmo loket, CJG loket, de huisarts, het kinderdagverblijf, school of de sportvereniging. Dit gooien we niet allemaal op de schop. We willen het voor de inwoners van Veldhoven niet onnodig ingewikkeld maken door nieuwe loketten in te richten. De plekken waar de inwoners nu al hun vragen stellen of hun signalen laten blijken, zijn voor hen de logische plekken en daar willen we bij aansluiten. In Veldhoven kan je gewoon met je opvoed-, zorg-, financiële en werk gerelateerde vragen terecht bij de bestaande loketten of vindplaatsen. Doordat we wel meer afstemming en samenwerking nastreven, kan het zijn dat sommige loketten op termijn niet meer nodig zijn.

3.3 Eigen kracht en het sociale netwerk

De **eigen kracht en die van het sociale netwerk staat centraal bij de toegang, maar ook bij de toewijzing van zorg, voorzieningen en diensten**. Waar mogelijk lossen we vragen en problemen op in de basisstructuur. Waar nodig organiseren we passende zorg, om een huishouden³ zo snel mogelijk verder te helpen en escalatie te voorkomen.

Dit geldt zowel voor het generalisten- als specialistenteam. Hoe de aansluiting met de basisstructuur vorm krijgt, is zoals gezegd onderdeel van een volgend traject. De opdracht voor de teamleden in de toegang en toewijzing is wel vanaf het begin om **vragen en problemen waar mogelijk in de basisstructuur op te lossen**.

3.4 Handelingsvrijheid generalist en specialist

In Veldhoven geven we de generalist en specialist **zo veel mogelijk handelingsvrijheid**. We stellen duidelijke kaders, maar stellen bijvoorbeeld niet vast dat de generalist een enkelvoudige vraag altijd zelf moet oplossen. Een enkelvoudige vraag kan immers ook heel complex zijn, of misschien wil de zorgvrager niet meewerken. Daarom laten we afwegingen hoe en waar we een zorgvraag behandelen altijd aan de generalist en/of specialist.

3.5 Makkelijk en snel

De toegang tot hulp en ondersteuning organiseren we op een makkelijke en snelle manier. We voorkomen overbodige schakels en **verminderen bureaucratie en administratie tijd** voor inwoners en professionals. De **generalist en specialist hebben ruimte** om naar eigen inzicht snel te handelen, we voorkomen veel overdrachtsmomenten en wachttijd. Zo is er ook ruimte voor **maatwerk**. Eén professional is regisseur, samen met het huishouden. Deze professional houdt niet alleen het overzicht, maar heeft ook de **verantwoordelijkheid** voor het huishouden en de eventuele hulp die is ingezet. Deze manier van werken ontwikkelen we de komende jaren in Veldhoven.

³ Daar waar we in dit document over huishouden spreken, bedoelen we de zorgvrager(s) en hun eventuele partner of gezin, dus de mensen die onder één dak wonen. De professional betreft eventueel andere personen uit het sociaal netwerk of het gezin die niet onder hetzelfde dak wonen.

3.6 Kosten en zware zorg beperken

We **beperken de zorgkosten** door zoveel mogelijk ondersteuning in de nabijheid van de zorgvrager te bieden, preventief te werken en met één verantwoordelijke regisseur in een huishouden. Het specialistenteam krijgt de opdracht om ook consultatie en advies aan het generalistenteam te geven. Zo voorkomen we beter dan voorheen dat we (te) snel zware vormen van zorg toewijzen. Bij een dreigende melding aan de Raad voor de Kinderbescherming kan wellicht het lokale veld, door samenwerking met de jeugdbescherming, de casus oppakken.

3.7 Eén huishouden één regisseur, één plan

Eén professional maakt samen met de zorgvrager en/of het huishouden een ondersteuningsplan⁴. We leggen de **regie zo veel mogelijk bij de zorgvrager. De professional behoudt het overzicht en is met de zorgvrager verantwoordelijk** voor het behalen van de resultaten die in het plan zijn beschreven. Inwoners van Veldhoven hebben zo altijd met een **vast gezicht** te maken en zijn zo veel mogelijk zelf regisseur van hun zorgvraag of probleem. De professional zorgt voor eventuele inschakeling van zorg die hij zelf niet kan leveren. Inwoners hoeven maar **eenmalig gegevens te verstrekken** omdat één professional het overzicht en de verantwoordelijkheid houdt.

We spreken over twee vormen van regie. Het opstellen van het ondersteuningsplan en daarmee het toewijzen van zorg en de regie op de uitvoering van die zorg. Het streven is dat degene die het ondersteuningsplan opstelt ook de uitvoering van de zorg regisseert. Het kan echter logisch zijn dat een andere professional het regisseren van de uitvoering op zich neemt. Deze mogelijkheid is er, maar altijd met een **warme overdracht en duidelijke afspraken** over overname van de verantwoordelijkheden.

3.8 Samenwerken met de subregio

Het is onnodig en niet efficiënt om alles zelf te organiseren. Daarvoor zijn de aantallen hulpvragen waar specialistische inzet voor nodig is te klein en is het voor een afzonderlijke gemeente ondoenlijk om de juiste expertise blijvend te organiseren.

⁴ Meer informatie over het ondersteuningsplan, zie pagina 13.

Daarom **werken we samen in een subregio met de gemeenten Best en Oirschot** bij het vormgeven van het specialistenteam en bij het inschakelen van expertise die nodig is voor een specifieke hulpvraag, maar niet voor handen is in één van de teams. Bijvoorbeeld wanneer het nodig is om een specialist zoals een psychiater of verslavingsdeskundige in te schakelen voor diagnose of advies aan de generalist. Door samen te werken met Best en Oirschot zorgen we voor voldoende capaciteit van deze specialistische kennis en beperken we de kosten.

Hoofdstuk 4 Toelichting model toegang en toewijzing

4.1 De basisstructuur

Met de basisstructuur bedoelen we de eigen kracht en het netwerk van huishoudens. Ook alle vrij toegankelijke collectieve voorzieningen vallen hieronder. Dit zijn bijvoorbeeld de huisarts, vrijwilligersverenigingen, scholen en kinderopvang. Dit vormt een stevig fundament voor bijvoorbeeld vragen over de opvoeding, zorgvragen en voor sociale activiteiten in de buurt. We willen zoveel mogelijk vragen beantwoorden en problemen oplossen in de basisstructuur. Hiermee besparen we zorgkosten en geven we huishoudens zo veel mogelijk zelf de touwtjes in handen. Professionele zorg is lang niet altijd nodig.

In de basisstructuur kunnen inwoners terecht voor informatie en advies, sociale activiteiten en ondersteuning. Dit houden we in stand en versterken we. Het telefoonnummer van het CJG loket blijft bijvoorbeeld gewoon in gebruik.

Uitwerkingsvraagstuk

In 2014 beschrijven we hoe de basisstructuur snel contact kan opnemen met het generalistenteam. Ook beschrijven we hoe de basisstructuur er precies uit ziet en hoe we de preventieve functie ervan kunnen versterken.

4.2 Het generalistenteam

In Veldhoven werken we met één generalistenteam⁵. Dit team werkt voor heel Veldhoven. Het team oriënteert zich op de vier woonservicezones en werkt waar mogelijk gebiedsgericht. Het kan natuurlijk voorkomen dat een lid van het generalistenteam, bijvoorbeeld een professional met een achtergrond op het gebied van lichamelijke en verstandelijke beperkingen, niet direct gebiedsgericht werkt, maar waar mogelijk spreken we een gebiedsgerichte werkwijze af.

⁵ We starten met één generalistenteam. Als blijkt dat één team te weinig is voor heel Veldhoven dan passen we dit aan.

Het generalistenteam werkt niet vanuit een nieuw loket, maar werkt zoveel mogelijk in de buurt en bij mensen thuis. Het team heeft wel een uitvalsbasis waar zij elkaar treffen, samenwerken en casussen kunnen bespreken.

De professionals van het generalistenteam zijn in eerste instantie bij hun moederorganisatie in dienst. Op termijn bekijken we of het wenselijk is om een aparte organisatie in te richten. Belangrijk is dat de professionals voldoende tijd en ondersteuning krijgen om te kunnen werken in het generalistenteam. Bij voorkeur gaan de professionals voor het volledige aantal uur dat zij in dienst zijn aan de slag in het generalistenteam. Zo is er genoeg tijd om zowel de regie over het ondersteuningsplan, evenals de (regie op de) uitvoering van zorg op zich te nemen. Daarnaast vinden we het belangrijk dat het generalistenteam ook echt een team is, elkaar goed kent en samenwerkt.

Uitwerkingsvraagstuk

In 2014 werken we uit hoe het generalistenteam in praktische zin vorm krijgt. Onder meer hoeveel professionals er in dienst gaan, hoe de (sollicitatie)procedure verloopt en hoe hun dienstverband eruit komt te zien. Ook beschrijven wie de verantwoordelijkheid heeft bij calamiteiten of andere verantwoordelijkheidsvraagstukken.

4.2.1 Taken en verantwoordelijkheden

Het generalistenteam heeft de volgende taken:

- Informatie en advies geven
 - o Aan de basisstructuur
 - o Aan de zorgvrager en zijn omgeving, wanneer een generalist in een casus (mee)werkt
- Triage⁶
- Ondersteuningsplan opstellen, samen met de zorgvrager⁷
- Ondersteuning en zorg regelen
- Ondersteuning en zorg coördineren
- Ondersteuning verlenen

⁶ Onder triage verstaan we het goed kunnen analyseren en inschatten van de situatie van een zorgvrager.

⁷ Dit is altijd het uitgangspunt, maar de generalist kan hiervan afwijken als de zorgvrager hier niet toe in staat is.

Het generalistenteam is verantwoordelijk voor alle zorg- en ondersteuningsvragen die niet door het eigen netwerk, het Wmo loket, CJG loket of de huisarts in de basisstructuur te beantwoorden of op te lossen zijn. Het Wmo-loket neemt bijvoorbeeld nog steeds enkelvoudige aanvragen voor een rolstoel in behandeling. We organiseren niet één nieuw loket. Wat we kunnen oplossen of beantwoorden in de basisstructuur laten we zo.

Ondersteuningsplan

Als er een vraag binnenkomt voor het generalistenteam⁸ en een generalist gaat bij de zorgvrager op huisbezoek maakt hij, samen met de zorgvrager, een ondersteuningsplan. Wanneer de zorgvrager een jeugdige is, stelt de professional een plan op met de jeugdige en zijn of haar ouders. De zorgvragers behouden zo veel als mogelijk zelf de regie over het ondersteuningsplan. Het generalistenteam bekijkt per vraag wie het beste casusregisseur kan zijn. Die generalist is voor de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van het plan en het resultaat en daarmee casusregisseur. Hij regelt de samenwerking met eventuele instellingen, houdt hierop de regie en is een vast gezicht voor de zorgvrager en/of het gezin.

De precieze invulling van het ondersteuningsplan is nog niet bekend. Wel is duidelijk dat de generalist de informatie vanuit betrokken partijen in de basisstructuur, zoals de huisarts of school, in het ondersteuningsplan samenvoegt. Het ondersteuningsplan geeft de hulpvragen weer van de zorgvrager op alle domeinen⁹ die van toepassing zijn. Daarnaast beschrijft het plan welke zaken er goed gaan, waar krachten liggen van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk. Het ondersteuningsplan hangt bij voorkeur 'thuis op de koelkast' van de zorgvrager, om te benadrukken dat de regie zo veel mogelijk bij de zorgvrager ligt. Na de vraagverheldering bekijken de partijen samen welke ondersteuning nodig is om de opgestelde doelen te behalen. Deze ondersteuning kan bestaan uit de inzet van het sociaal netwerk, lichte (vrij toegankelijke) hulp van organisaties, maar ook uit specialistische (jeugd)hulp en combinaties hiervan.

Het kan zijn dat de casusregisseur zelf (een onderdeel van) het ondersteuningsplan uitvoert. Als de casusregisseur bijvoorbeeld een achtergrond heeft in het maatschappelijk werk kan hij zelf de nodige hulpgesprekken voeren. De generalist probeert altijd zo snel mogelijk de hulp of ondersteuning af te schalen naar de basisstructuur. Dit doen we om het huishouden weer

⁸ Hoe een vraag binnenkomt bij het generalistenteam beschrijven we in een vervolgdokument.

⁹ Hiermee bedoelen we de domeinen van het Participatiewiel zoals ook beschreven in de kadernota Maatschappelijke Participatie 2011: eigen inkomen, zelfstandig functioneren, sociale contacten, maatschappelijk deelnemen, maatschappelijk bijdragen en het opdoen van vaardigheden.

zelfstandig te laten functioneren (eigen kracht versterken). Bovendien beperkt dat de kosten van professionele zorg. De generalist ondersteunt mensen bij het normale leven of het herstel daarvan.

Uitwerkingsvraagstuk

We werken op een later moment uit hoe het ondersteuningsplan er precies uit komt te zien en wat er nodig is om professionals hiermee te leren werken. We maken hierbij wellicht gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix¹⁰.

Functies

We denken bijvoorbeeld aan de volgende functies in het generalistenteam: Wmo klantmanager, jeugdverpleegkundige, MEE, algemeen maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige, jeugdmaatschappelijk werk, medewerker(s) van voormalig Bureau Jeugdzorg (toegangsfuncties) en schuldhulpverlening.

Uitwerkingsvraagstuk

In 2014 werken we de functies voor het generalistenteam verder uit. Ook werken we verder uit hoe de wijkverpleegkundige, de praktijkondersteuner en de ondersteuningsstructuur van scholen aansluiting vinden bij het generalistenteam.

4.2.2 Profiel van de generalist

De generalist heeft een brede blik en is van alle markten thuis. Hij heeft geen diepgravende kennis van het hele sociaal domein, maar kan snel een goede inschatting maken van de situatie van een zorgvrager en neemt hier alle leefdomeinen in mee. De generalist kent de sociale kaart van Veldhoven zeer goed, weet andere professionals snel in te schakelen en behoudt het overzicht. Hij is een generalist voor de zorgvrager en een specialist in het team. Iedere generalist heeft immers zijn eigen achtergrondkennis en expertise. Dit willen we zo houden en benutten. Zo is er bijvoorbeeld kennis over jeugd, gezondheidszorg, financiën en de Wmo in het team aanwezig. Het team zelf weegt af wie bij een nieuwe casus het beste regisseur kan zijn.

¹⁰ Zie ook het subregionale document "Inrichting en opdracht 'bouwteams' integrale toegang" van Best, Oirschot en Veldhoven.

De generalist schaaft zo snel mogelijk af naar de basisstructuur en houdt altijd de eigen kracht, het sociale netwerk en regie van de zorgvrager scherp in het oog. Indien nodig schakelt de generalist het specialistenteam in voor diagnose of meedenken bij een casus. Als er zwaardere zorg nodig is regelt de generalist dit snel met het specialistenteam, passende zorg waar nodig staat hierbij voorop.

De generalist werkt vanuit zijn eigen verstand. Protocollen en bestaand aanbod zijn niet het vertrekpunt, maar de zorgvrager zelf. Wat is er nodig in dit huishouden, wat kan de zorgvrager zelf en hoe kunnen we dat zo snel mogelijk realiseren? Hier is lef en doorzettingsvermogen voor nodig. Ook flexibiliteit is belangrijk, er is geen vaste taakomschrijving en elke casus is maatwerk.

De generalist werkt met een grote mate van zelfstandigheid, is een netwerker en consulteert collega's of het specialistenteam waar nodig. Hij heeft ruimte om zelf af te wegen wat er moet gebeuren in een huishouden. Een praktische interventie om snel aan de slag te kunnen kan dan noodzakelijk zijn. Kortom, de generalist steekt de handen uit de mouwen en gaat snel aan de slag met wat er op dat moment nodig is.

Bovenstaand profiel is een ideaalplaatje. Daar werken we de komende jaren naar toe. Voor het startpunt staan de volgende eigenschappen van de generalist centraal:

- Staat open voor leren en ontwikkelen
- Bereid om kennis te delen
- Brengt eigen deskundigheid in
- Potentie om te groeien richting generalist uit ideaalplaatje
- Bereid risico's te nemen en kwetsbaar te zijn, durft te falen, kan met onzekerheid omgaan

Bovenstaande paragraaf geeft een nieuwe manier van werken voor professionals weer. In Veldhoven werken professionals al enige jaren met het versterken van de eigen kracht en het netwerk van zorgvragers, bijvoorbeeld binnen het CJG- en het Wmo loket. Er is een basis en hier bouwen we op voort.

4.2.3 Mandaat van de generalist

Uitgangspunt is dat de generalist zo veel mogelijk mandaat heeft om snel te kunnen handelen en de benodigde zorg in te kunnen zetten. We willen overleg en overdrachtmomenten zo veel mogelijk voorkomen. Soms is het wel nodig om het specialistenteam te consulteren, bijvoorbeeld bij de inzet van zware en langdurige zorg.

We onderscheiden de volgende categorieën van zorg, voorzieningen en diensten:

1. Eigen kracht en sociaal netwerk;
2. Vrij toegankelijke algemene en collectieve voorzieningen;
3. 'Lichte' individuele voorzieningen;
4. 'Zware' individuele voorzieningen.

Mandaat bij:	Generalistenteam			
	Onderwijs	Schuldhulpverlening	Zorg & welzijn	Jeugd
Zware individuele voorzieningen				
Lichte individuele voorzieningen	X	X	X	X
Collectieve voorzieningen	X	X	X	X
Eigen kracht en systeem inzetten	X	X	X	X

Dit figuur geeft het kader weer. Hiermee beslissen we niet dat een generalist altijd zelf een lichte voorziening mag of moet toewijzen en nooit een zware individuele voorziening. We gaan uit van de professionaliteit van de generalist. De definitie van de categorieën is lastig en in elke casus gaat het om maatwerk. Het belangrijkste is dat de generalist de situatie van de zorgvrager goed inschat. Waar kan maakt hij gebruik van de eigen kracht en algemene en collectieve voorzieningen. Waar nodig zet hij lichte voorzieningen in, overlegt hij met zijn collega's in het generalistenteam of consulteert een specialist. Uitgangspunt is wel dat de generalist een specialist inschakelt als het gaat om beslissingen over dure en zware vormen van zorg. In de verordeningen leggen we nadere regels vast ten aanzien van het toewijzen van zorgvormen.

Uitwerkingsvraagstuk

In 2014 stellen we de verordeningen vast. Ook leggen we de regels vast ten aanzien van het toewijzen van verschillende zorgvormen.

4.2.4 Coördinatie van het generalistenteam

Een coördinator stuurt het generalistenteam aan. De coördinator is verantwoordelijk voor:

1. Overzicht en beheer budget
2. Deskundigheidsbevordering generalisten
3. Voorzitten casusoverleg
4. (Mee)beslissen over inzet specialistenteam
5. Ontwikkeling werkproces generalistenteam begeleiden en beschrijven
6. Gemeente informeren over voortgang

Inhoudelijke casussen en de procesbegeleiding van het generalistenteam zijn twee grote taken. Het is denkbaar, zeker als het aantal casussen hoog is, om voor elk van deze taken een eigen coördinator aan te stellen. Eén die vooral de casuïstiek coördineert en één die vooral het proces van het generalistenteam regisseert. Als gemeente vinden we het belangrijk om de regie op het proces te houden en de teamontwikkeling te ondersteunen. Daarnaast heeft de coördinator (of coördinatoren) nauw contact met het specialistenteam (zie paragraaf 4.3).

Uitwerkingsvraagstuk

In 2014 werken we de verantwoordelijkheden voor de coördinator verder uit tot een concreet functieprofiel. We maken hierbij onderscheid tussen het proces en de casuïstiek. We kunnen ons

voorstellen dat twee personen deze rollen verdelen. Bij de uitwerking van het functieprofiel (of profielen) maken we gebruik van de kennis die hierover al binnen het CJG is opgedaan.

4.3 Het specialistenteam¹¹

Het specialistenteam voert dezelfde taken en verantwoordelijkheden uit als het generalistenteam (zie paragraaf 4.3.1). Het specialistenteam doet dit voor complexere en/of multidisciplinaire casussen. Het generalistenteam neemt het initiatief om het specialistenteam in te schakelen of te consulteren. Bij hen ligt dus de afweging of de casus zo complex of multidisciplinair is dat het generalistenteam dit niet goed zelf kan. De basisstructuur of zorgvragers zelf kunnen dus niet rechtstreeks het specialistenteam benaderen.

Het specialistenteam werkt op subregionaal niveau¹². Dit doen we om een aantal praktische redenen. We besparen zo kosten en verminderen, gezien de tijdsdruk, de organisatietijd om als Veldhoven alleen een specialistenteam op te tuigen. Daarnaast verminderen we de kwetsbaarheid van het specialistenteam omdat dit een groter team is dan lokaal mogelijk zou zijn. Hierin volgen we dus het lopende subregionale traject¹³. Omdat dit traject nog niet is afgerond is de beschrijving in dit document onder voorbehoud. Na afronding van het traject voegen we dit toe aan het toegangsmodel.

4.3.1 Taken en verantwoordelijkheden

Het specialistenteam heeft dezelfde taken als het generalistenteam:

- Informatie en advies geven
 - o Aan het generalistenteam
 - o Aan de zorgvrager en zijn omgeving, wanneer een specialist in een casus (mee)werkt

¹¹ Dit onderdeel is samen met Best en Oirschot opgesteld en is dus gelijk aan de werkwijze die Best en Oirschot voor het specialistenteam uitwerken. Deze paragraaf is gebaseerd op de regionale stukken (zie bijlagen), maar omdat nog niet alles subregionaal is uitgewerkt kunnen er nog wijzingen nodig zijn. Eventuele verschillen tussen Best, Oirschot en Veldhoven over de invulling van het specialistenteam bespreken we op korte termijn met de subregio.

¹² Subregio Best, Oirschot en Veldhoven.

¹³ Zie het document: Intergemeentelijke samenwerking Best-Oirschot-Veldhoven m.b.t. het inrichten van een specialistenteam

- Triage¹⁴
- Ondersteuningsplan opstellen, samen met de zorgvrager¹⁵
- Ondersteuning en zorg regelen
- Ondersteuning en zorg coördineren
- Ondersteuning verlenen

Het specialistenteam zet zich specifiek in voor:

- Het toewijzen van zware vormen van (intramurale) zorg;
- Het uitvoeren van een tandemfunctie¹⁶ bij de inzet van Jeugdbescherming en –reclassering en mogelijk bij andere zware of complexe vormen van zorg;
- Casussen waarbij het gedwongen kader een rol speelt. Bijvoorbeeld bij een melding aan de Raad van de Kinderbescherming.

Zoals eerder beschreven leggen we in Veldhoven niet vast dat de generalist altijd een specialist moet consulteren als het gaat om de inzet van zware of langdurige zorg. Dit is wel het uitgangspunt. De inzet van zware en dure zorg is immers ingrijpend voor de zorgvrager en kost veel geld. We geven de generalist echter handelingsvrijheid om dit zelf (en samen met zijn team/coördinator) af te wegen.

De specialisten hebben, net als de generalisten, de taak om zo snel mogelijk af te schalen naar de basisstructuur. De specialist is goed op de hoogte van de mogelijkheden en vormen van ondersteuning die het generalistenteam en de basisstructuur kunnen bieden. Uiteraard kan de specialist niet alle lokale details kennen, hiervoor consulteert hij de generalist.

Bereikbaarheid

De specialisten zijn makkelijk bereikbaar voor de generalisten en sluiten, indien nodig, aan bij het casusoverleg van het generalistenteam. Snelheid speelt een belangrijke rol bij sommige casussen. De specialisten hebben daarom voldoende tijd om bijvoorbeeld telefonisch, per mail of tijdens een huisbezoek met de generalist mee te denken. Daarnaast zien zij elkaar op regelmatige basis om de voortgang van complexe en multidisciplinaire casussen te bespreken.

¹⁴ Onder triage verstaan we het goed kunnen analyseren en inschatten van de situatie van een zorgvrager.

¹⁵ Dit is altijd het uitgangspunt, maar de specialist kan hiervan afwijken als de zorgvrager hier niet toe in staat is.

¹⁶ Een generalist kan deze functie waar mogelijk ook uitvoeren.

Functies

We proberen niet om vooraf alle specialismen die nodig kunnen zijn af te dekken. Dit zou een groot team opleveren en sommige expertise, zoals die van een geriater of een verslavingsdeskundige, zijn niet regelmatig nodig. Deze expertise huren we op consultbasis in (zie expertpool, paragraaf 4.5).

De subregio denkt op dit moment aan de volgende functies in het specialistenteam: jeugdarts, ambulante hulpverleners GGZ (bijvoorbeeld een sociaal verpleegkundige), ambulante hulpverleners licht verstandelijk beperkten (LVB), een gedragswetenschapper, medewerker(s) van voormalig Bureau Jeugdzorg (toegangsfuncties) en een eerstelijnspsycholoog.

Uitwerkingsvraagstuk

In 2014 werken we de functies voor het specialistenteam verder uit met de subregio.

4.3.2 Profiel van de specialist

Een specialist heeft specifieke deskundigheid, diepgaande kennis en competenties op een beperkt terrein. Specialisten zijn tweedelijns professionals uit voornamelijk regionale organisaties. We verwachten de meeste specialisten op het gebied van jeugdzorg in te zetten. Hierbij gaat bijvoorbeeld om gedragswetenschappers, (kinder)psychiaters en (jeugd)artsen.

Net als de generalisten werken de specialisten flexibel, denken zij vanuit de zorgvrager en niet vanuit bestaand zorgaanbod. De specialist staat de generalist bij en ondersteunt. Zo snel mogelijk afschalen naar mindere zware zorg vormt altijd het uitgangspunt. Waar nodig beslist de specialist snel over de inzet van zwaardere zorg. De regie blijft waar mogelijk bij de generalist. Als het praktischer is om de regie over te dragen aan de specialist dan gebeurt dat altijd met een warme overdracht en met duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden.

4.3.3 Mandaat van de specialist

Specialisten hebben het volledige mandaat (met uitzondering op het onderwijs) over het inzetten van zorg.

Mandaat bij:	Specialistenteam			
	Onderwijs	verlening Schuldhulp	Welzijn & Zorg	Jeugd
Zware individuele voorzieningen	n.v.t. ¹⁷	X	X	X
Lichte individuele voorzieningen	n.v.t. ¹⁸	X	X	X
Collectieve voorzieningen	X	X	X	X
Eigen kracht en systeem inzetten	X	X	X	X

4.3.4 Coördinatie specialistenteam

Op dit moment werken we in de subregio aan de uitwerking van het specialistenteam. We stellen een onafhankelijke procesbegeleider aan om de samenwerking te begeleiden. De procesbegeleider stuurt de zogeheten ‘Bouwteams’ aan. De Bouwteams geven vorm en inhoud aan het specialistenteam.

Uiterlijk 1 november 2014 kan het specialistenteam en de daaraan gekoppelde generalistenteams (of wijkteams in de andere gemeenten) proefdraaien. De procesbegeleider zorgt voor afstemming tussen de drie gemeentes, ook is hij verantwoordelijk voor de uitwerking en afstemming van de financiën, risicospreiding en contractvorming.

Uitwerkingsvraagstuk

De uitwerking van de coördinatie van de specialisten organiseren we subregionaal met behulp van een onafhankelijke procesbegeleider.

¹⁷ Een zware individuele voorziening is bijvoorbeeld plaatsing binnen het Speciaal Onderwijs. Deze inzet verloopt via het samenwerkingsverband Passend Onderwijs en moet wel een verbinding met het generalistenteam zijn voor de eventuele overige zorg.

¹⁸ Een lichte individuele voorziening binnen het onderwijs wordt altijd ingezet door de school zelf (Intern Begeleider), die onderdeel uitmaakt van het wijkteam.

4.4 Samenwerking generalisten- en specialistenteam

Het specialisten- en generalistenteam werken nauw samen. Specialisten zijn snel te consulteren door het generalistenteam. De teams kennen elkaar en weten elkaar goed te vinden. De coördinatoren spelen hier een belangrijke rol in. Zij zijn goed op de hoogte van de lopende casuïstiek en het proces (denk hierbij aan deskundigheidsbevordering en teambuilding). Ook hebben zij regelmatig afstemming over het budget.

We leggen niet vast wanneer een generalist een specialist kan consulteren, de generalist heeft hierin handelingsvrijheid om dit zelf, of met zijn team(coördinator) te beslissen. Uitgangspunt is dat voor de inzet van zware zorg overlegt het generalistenteam met een specialist. De team coördinator van het generalistenteam heeft hiervoor de verantwoordelijkheid.

Wanneer het generalistenteam een specialist inschakelt stemmen zij gezamenlijk af wie de casusregie op zich neemt. Uitgangspunt is dat de zorgvrager zoveel mogelijk één gezicht als casusregisseur ziet, maar het kan praktisch zijn om de casusregie over te dragen. Wanneer dit nodig is gebeurt dit altijd met een warme overdracht en duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden.

4.5 Expertpool

De expertpool bestaat uit:

- Experts uit instellingen waarmee we als gemeente/subregio een financieringsrelatie hebben;
- Externe experts uit het land.

Met verschillende instellingen, zoals een tweedelijns jeugdzorginstelling of een verslavingsinstelling, hebben we als gemeente een structurele financieringsrelatie. Wanneer bepaalde expertise nodig is die niet in het specialistenteam voorhanden is, neemt een generalist of specialist contact op met de benodigde expert. De expert *denkt* of *doet mee* (consultatie en/of behandeling) bij een specifieke casus. Denk bijvoorbeeld aan een gezin waar verslavingsproblematiek speelt en waar de specialist en generalist te weinig kennis over hebben.

Een verslavingsdeskundige denkt dan mee over de passende behandeling en ondersteunt tijdelijk. Het is ook mogelijk dat de expert een specifieke behandeling uitvoert. De expert neemt de casusregie niet over, maar ondersteunt de generalist en/of specialist.

Het is ook mogelijk dat er expertise elders uit het land nodig is, bij instellingen waar we geen structurele financieringsafspraken mee hebben. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van specifieke artsen, of een expert op het gebied van anorexia. Het generalisten- en/of specialistenteam neemt zelf het initiatief om deze experts in te schakelen. Dit kan waarschijnlijk voor een gedeelte telefonisch en op collegiale basis. Het kan ook nodig zijn dat de expert meer tijd moet investeren en hiervoor kosten in rekening brengt. Per casus bekijkt de team coördinator welke afspraken hij hierover kan maken met de experts.

Hoofdstuk 5 Vervolgproces

Proces

Dit document vormt het kader voor de toegang en toewijzing in Veldhoven. Er zijn nog veel uitwerkingsvraagstukken. Door de snelle ontwikkelingen is het nu nog niet mogelijk om alle uitwerkingsvraagstukken te benoemen.

De uitwerkingsvraagstukken werken we, waar mogelijk en wanneer dit van toegevoegde waarde is, uit met partnerinstellingen en inwoners van Veldhoven. We vinden het belangrijk om samen met het veld en inwoners van Veldhoven aan de transities en transformatie te werken. Er worden in ieder geval twee “bouwteams” geformeerd. Een regionaal bouwteam wat aan de slag gaat met uitwerkingsvraagstukken voor het vormgeven van het generalistenteam en een subregionaal bouwteam voor het vormgeven van het specialistenteam. Voor de samenstelling van de bouwteams kiest de gemeente voor een vertegenwoordiging van zoveel mogelijk type organisaties, die elk representatief zijn voor een doelgroep, bepaalde productgroepen en/of diensten binnen het sociaal domein.

De bouwteams starten in juni en zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen van voorstellen gericht op de inrichting en werkwijze van het generalistenteam en het specialistenteam. De adviezen worden voorgelegd aan het programmateam maatschappelijke participatie en ter besluitvorming voorgelegd aan de stuurgroep.

In november 2014 moeten de hoofdlijnen van het model zodanig zijn ingevuld, dat er geoefend kan worden met de nieuwe structuur.

Op 1 januari 2015 is het model toegang en toewijzing zodanig ingericht dat de gemeente haar nieuwe taken kan oppakken. Het is nadrukkelijk een groeimodel, in 2015 zal het model dan ook verder verfijnd en verbeterd worden.

Door de bouwteams zullen de volgende adviezen opgeleverd worden:

- Advies over de personele inrichting van het team op basis waarvan de gemeente concrete afspraken kan maken met organisaties over de inzet van professionals.

- Advies over de inrichting van de toegangsfunctie en het eerste contact van het team met de hulpvrager met de vervolgacties ten aanzien van de bereikbaarheid.
- Advies ten aanzien van de werkwijze bij het opstellen van het ondersteuningsplan en het te gebruiken format.
- Overzicht van mandaat per ondersteuningsvorm en een advies op basis waarvan concrete afspraken kunnen worden gemaakt met medisch specialisten en het gedwongen kader.
- Procesbeschrijving uitvoering van het ondersteuningsplan en advies over het regelen van doorzettingsmacht.
- Procesbeschrijving evaluatie en te gebruiken instrumenten
- Implementatieplan vervolgacties.